

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA LEPTOSPIROSE NOS 32 MUNICÍPIOS DA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE, RS.

Carlos AA Schmitz^{1,2} – ycaaos@yahoo.com.br, Alexandre V Schwarzbald¹, Mariangela U Soares², Roberto Cassol², Mauri S Behenck¹
1- Hospital Universitário de Santa Maria, 2 – Programa de Mestrado em Geomática-UFSM

Introdução

A leptospirose é uma zoonose de notificação compulsória, causada por espiroquetas do gênero leptospira. Caracteriza-se por ser uma doença infecciosa sistêmica aguda, febril, que acomete humanos e animais. Apesar de ter uma certa prevalência na América sua ocorrência tem sido evidenciada em mais da metade dos países do globo. No Brasil a leptospirose é considerada uma doença endêmica e constitui sério risco à saúde pública. Roedores domésticos e silvestres são os reservatórios da doença e eliminam bactérias vivas no ambiente através da urina. A transmissão se dá pelo contato de mucosas, conjuntivas ou pele lesada com solo úmido ou água contaminados, podendo ocorrer contágio através da pele integra submetida a um período prolongado de imersão como no caso de enchentes (BRASIL,2006).

As manifestações clínicas ocorrem de 7 a 12 dias após a exposição, manifestando-se de duas formas: anictérica e icterícia, sendo que a maioria dos casos são assintomáticos. Os sintomas mais comuns são febre, cefaléia, mialgias, icterícia, anorexia, náuseas e vômitos. Nas formas mais graves (e raras) pode ocorrer pancreatite, comprometimento renal, respiratório e cardíaco, além de hemorragia com êxito letal em até três semanas (SCHWARZBOLD, 2006).

Enquanto a endemia é mantida por fatores socio-culturais que impactam no aumento da população de roedores (crescimento urbano desordenado, bolsões de miséria, acúmulo irregular de lixo), surtos epidêmicos sazonais em regiões tropicais e subtropicais ocorrem em função de elevações no índice pluviométrico, na umidade relativa do ar e na temperatura (PAULA, 2005).

No que diz respeito à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde – 4ª CRS, os poucos estudos locais existentes referem-se à ocorrência de casos no município de Santa Maria em períodos limitados, não existindo estudos amplos sobre a ocorrência regional de leptospirose.

Objetivo

Traçar o perfil da leptospirose nos 32 municípios da 4ª CRS (Fig.1), através dos dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN.

Gráfico 1 – Casos/ notificação/ confirmação

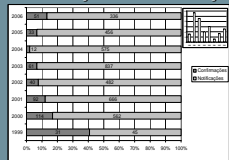


Gráfico 2 – Casos por sexo

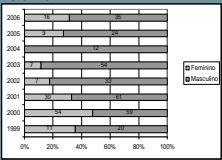


Gráfico 3 – Situação de risco

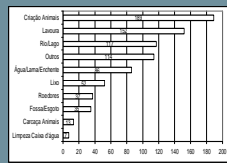


Gráfico 4 – Condições favoráveis

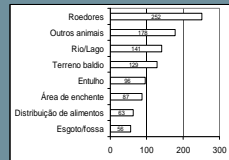


Gráfico 5 – Sinais e sintomas

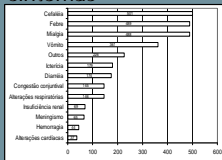


Gráfico 6 – Associação de sinais e sintomas

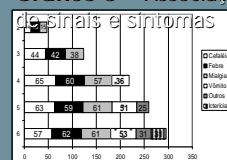
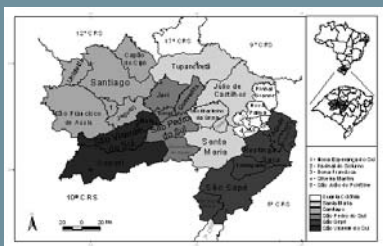


Figura 1 – Região de estudo: 4ª CRS, microrregiões e municípios



Métodos

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo. Os dados brutos do SINAN foram fornecidos pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica da 4ª CRS. Utilizou-se instruções SQL (Structured Query Language) no aplicativo Microsoft Access para a filtragem, totalização parcial e extração dos dados do SINAN. O aplicativo Microsoft Excel foi usado na finalização dos resultados.

Resultados

Foram computados 434 casos confirmados de leptospirose nos 32 municípios da 4ª CRS, no período de 1999 a 2006. Deste total, 394 casos (90,78%) foram restritos a um grupo de 10 municípios, sendo que 233 casos (53,69%) ocorreram no município sede da 4ª CRS (Santa Maria) e 341 casos (78,57%) foram registrados nos dez municípios mais populosos da regional. Considerando-se a população da metade do período em cada ano para o cálculo das incidências, chegou-se a uma incidência média (casos por 100.000 habitantes) de 11, 61 para Santa Maria e 9,67 para a regional em comparação com 5,13 para o estado e 1,86 para o país (DATASUS, 2007).

O Gráfico 1 mostra a quantidade e a relação entre os casos confirmados e as notificações. Quanto à faixa etária, houve maior concentração de casos dos 20 aos 64 anos (303 – 69,82%), com predomínio na faixa dos 35 aos 49 anos (121 – 27,88%) e 20 aos 34 anos (104 – 23,96%). O Gráfico 2 ilustra o número e a proporção da ocorrência entre os sexos, houve predominância masculina com 298 casos – 68,66% (2,22:1).

Também ocorreram mais casos em pessoas declaradas brancas (161 – 37,10%), mas com baixa qualidade de registro do dado (260 registros em branco ou ignorados – 59,90%). No que diz respeito à escolaridade, a maioria dos casos ocorreu em pessoas com quatro a sete anos de estudo (194 - 44,70%). Houve predomínio de baixa escolaridade (zero a sete anos) com 234 casos (53,92%) sobre alta escolaridade (mais de oito anos), esta última com 117 casos (26,96%).

O Gráfico 3 e o Gráfico 4 ilustram o vínculo epidemiológico para os campos situação de risco ocorrida nos 25 dias anteriores ao aparecimento dos primeiros sintomas e condições favoráveis no provável local de infecção.

As totalizações de sinais e sintomas estão demonstradas no Gráfico 5. Quando tomados de forma isolada, nenhum sinal e sintoma sobressaiu-se, apresentando apenas de um a três ocorrências. O Gráfico 6 demonstra a ocorrência associada de dois a seis sinais e sintomas. Os sinais/sintomas indicativos de maior gravidade (alterações respiratórias, insuficiência renal, alterações cardíacas, meningismo e hemorragia) não ocorreram de forma isolada, surgindo em conjunto com outros em 9,67% dos casos.

Quarenta e quatro por cento dos casos (191) ocorreram em área rural, 27,42% (119) em área urbana, 2,76% em área peri-urbana e 25,81% (112) foram registrados como em branco ou ignorado.

Quanto à ocupação profissional, 128 casos (29,49%) figuram como em branco, 126 (29,03%) estão ligados à agropecuária, 79 (18,02%) à educação, 37 (8,52%) às atividades domésticas e o restante a outras atividades em menor proporção.

A maioria dos casos (154 - 35,48%) está relacionada com o domicílio, 138 casos (31,80%) têm relação com o ambiente de trabalho e 11 (2,53%) estão ligados com lazer, sendo que 131 (30,18%) foram computados como outros, em branco ou ignorado.

A maioria dos casos evoluiu para cura, com 11 óbitos, resultando numa letalidade acumulada de 2,53% no período 1999-2006.

Ocorreram 837 internações no período, 158 (34,10%) relacionadas aos 434 casos confirmados de leptospirose. A média de permanência hospitalar para os casos de leptospirose foi de 6,16 (mínimo de um e máximo de 43) dias, num total de 635 dias de internação. Apenas 47 registros (período 1999-2002) apresentaram algum preenchimento dos campos relativos aos sorovares e às titulações.

Conclusões

Os dados indicam uma relação positiva entre densidade demográfica e número de casos. Há uma marcada diferença entre os valores regionais, estaduais e nacionais para incidência e letalidade. O perfil do enfermo é de um indivíduo do sexo masculino, branco, com baixa escolaridade, com ocupação ligada à agropecuária e morando em área rural. Criação de animais e contato com roedores estiveram presentes na maioria dos casos. Nenhum sinal ou sintoma apresentou-se de forma patognômica e os de maior gravidade estiveram presentes na maioria dos óbitos, embora a letalidade tenha sido baixa em comparação com outras regiões do país. Os dados de internação indicam altos custos terciários da patologia.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde, 2006.

SCHWARZBOLD, A.V. Leptospirose, in Doenças Infecciosas, p. 669-678. Porto Alegre, 2006.

PAULA, E.V. Leptospirose Humana: uma análise climato-geográfica de sua manifestação no Brasil, Paraná e Curitiba. Anais XII Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto, Goiânia, Brasil, 2005. INPE, p. 2301-2308.